

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1921-1922 N° 137

NÉCESSITÉ
de l'Intervention systématique immédiate
DANS LA GROSSESSE TUBAIRE NON ROMPUE
LA RUPTURE TUBAIRE ET L'HÉMATOCÈLE CONSTITUÉE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Juin 1922

PAR

Albert-Marie-Maurice PINATEL

Né à Hasparren (Basses-Pyrénées), le 28 mai 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Juges</i>
		VILLAR, professeur		
		FAUGÈRE, agrégé		
		PAPIN, agrégé		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'Enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1922



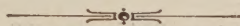
Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1921-1922

N° 137

NÉCESSITÉ
de l'Intervention systématique immédiate
DANS LA GROSSESSE TUBAIRE NON ROMPUE
LA RUPTURE TUBAIRE ET L'HÉMATOCÈLE CONSTITUÉE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Juin 1922

PAR

Albert-Marie-Maurice PINATEL

Né à Hasparren (Basses-Pyrénées), le 28 mai 1895



Examineurs de la Thèse

{	MM. BÉGOVIN, professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Juges</i>
	VILLAR, professeur		
	FAUGÈRE, agrégé		
	PAPIN, agrégé		

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'Enseignement médical**



BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD

PROFESSEURS

MM.	MM.		
Clinique médicale. . .	ARNOZAN.	Pharmacie . . .	DUPOUY.
Clinique chirurgicale. . .	CASSAET.	Zoologie et Parasitologie	MANDOUL.
	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale.	FERRÉ.
	VILLAR.	Clinique ophtalmologiq.	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeu-		Clinique chirurgicale, in-	
tiques générales . . .	CRUCHET.	fantile, orthopédie. . .	DENUCÉ.
Clinique d'accouchem ^{nt} .	RIVIÈRE.	Clinique gynécologique.	BEGOUIN.
Anatomie pathologique et		Clinique médicale des	
microscopie clinique . .	SABRAZÉS.	maladies des enfants .	MOUSSOUS.
Anatomie	PICQUÉ.	Chimie biolog. et médic.	DENIGES.
Anatomie générale et his-		Physique pharmaceutiq.	SIGALAS.
tologie.	G. DUBREUIL.	Médecine colon ^{ie} et cliniq.	
Physiologie.	PACHON.	des maladies exotiq. .	LE DANTEC.
Hygiène.	AUCHE.	Clinique des maladies des	
Médecine légale et	VERGER.	voies urinaires . . .	POUSSON.
déontologie.		Clinique des maladies cu-	
Physique biologique et		tanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH
clinique d'électricité		Clinique des maladies	
médicale.	BERGONIÉ.	nerveuses et mentales.	ABADIE.
Chimie	CHELLE.	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie	MOURE.
Botanique et matière		Toxicologie et hygiène	
médicale.	BEILLE.	appliquée	BARTHE.

MM. PRINCETEAU, GUYOT, LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N...		
	N...		
Histologie	LACOSTEchargé	Médecine générale . . .	LEURET.
Physiologie.	DELAUNAY.		DUPÉRIÉ.
Anatomie pathologique.	MURATET.		CREYX.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS, chargé.	Maladies mentales . . .	MICHELEAU.
naturelles	N...	Médecine légale . . .	PERRENS.
Physique biologique et			LANDE.
médicale	RÉCHOU.	Chirurgie générale . . .	ROCHER.
Chimie biologique et mé-			DUVERGEY.
dicale	N...	Obstétrique.	PAPIN.
	PETGES.		PERY.
Médecine générale . . .	CARLES (J.).	Ophtalmologie.	FAUGÈRE.
	MAURIAC.	Pharmacie	TEULIÈRES.
			N...

CHARGÉS DE COURS

	MM.
Cours de clinique dentaire	CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale	SELLIER.
Cours complémentaire de démonstrations et préparat. pharm.	LABAT.
Cours complémentaire de chimie	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne	MAURIAC.
Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte, pour les	
accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	ROCHER.
Cours complémentaire annexe de prothèse et rééducation	
professionnelle	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A qui je dédie ce travail, bien faible
témoignage de ma profonde gratitude. Pour
lui mon affection est de celles que les mots
restent impuissants à traduire.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A mon Président de Thèse :
MONSIEUR LE DOCTEUR BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Hommages respectueux

AVANT-PROPOS

Rendons à César...

Avant de quitter la Faculté de Médecine de Bordeaux, il nous est agréable de reconnaître ici, la dette de reconnaissance, contractée par nous envers nos Maîtres, qui ont bien voulu, au cours de nos études, nous guider de leurs conseils éclairés et nous témoigner leur constante bienveillance.

M. le Docteur Guyot fut notre premier Maître, Il nous a enseigné, avec autant de compétence que d'affabilité, les principes de chirurgie. Nous l'assurons de toute notre reconnaissance.

Les leçons reçues, dans les cliniques, de MM. Villars, Rivière, Chavannaz, Arnozan, nous seront toujours grandement utiles.

M. le Docteur Denacé, nous a appris la chirurgie infantile. Il nous a témoigné la plus grande bienveillance. Qu'il nous soit permis de l'en remercier sincèrement.

Le semestre passé dans le service de M. le Professeur Cassaët, compte parmi les meilleurs. Son enseignement lumineux, ses longues et si instructives causeries au chevet des malades, resteront présents à notre mémoire et nous serviront toujours de guide.

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont voulu nous prêter leur aide pour l'élaboration de ce modeste travail, en particulier, MM. les Docteurs Chavannaz, Charbonnel,

Duvergey, Laffargue, Favreau, qui nous ont très aimablement communiqué leurs observations.

Enfin nous voulons adresser ici, un souvenir ému, à tous ces vrais amis, qui, depuis 1918, dans cette Faculté, ont partagé les heures gaies ou tristes de notre vie d'étudiant : nous ne les oublierons jamais.

Nous ne saurions terminer sans adresser, nos sincères remerciements à M. le Professeur Bégouin. Tout ce que nous savons en matière de gynécologie, nous l'avons appris à sa clinique magistrale. Pendant notre dernière année, nous avons eu l'honneur d'être son élève. Sa grande bienveillance et sa haute expérience, en ont fait un Maître que l'on quitte avec regret. A lui revient l'idée de ce travail, pour lequel il ne nous a pas ménagé les conseils ; nous lui en exprimons ici, notre profonde reconnaissance, tout en nous excusant, de ne pas nous être montré à la hauteur de notre tâche. Il accepte aujourd'hui, la présidence de cette thèse, qu'il reçoive, nos plus respectueux hommages.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention d'embrasser toute entière, cette importante question de la grossesse extra-utérine. Lawson Tait, en a fait une étude complète et vraiment scientifique. Depuis, presque tous les auteurs, chirurgiens, gynécologues, accoucheurs, se sont occupés de la question. Elle a fait l'objet de nombreuses communications dans les Congrès et les Sociétés Savantes, et d'articles non moins nombreux, dans les Revues de gynécologie et d'obstétrique. On trouvera beaucoup de ces publications, dans la bibliographie, à la fin de notre thèse. Dans notre travail, nous voulons nous restreindre à la partie thérapeutique et montrer que, dans la grossesse ectopique, on a toujours intérêt à intervenir le plus tôt possible, et ne jamais différer l'opération, fut-ce parfois de quelques heures.

Cette théorie de l'intervention systématique immédiate dans la grossesse tubaire avant le cinquième mois, que celle-ci évolue normalement ou que le cours en soit interrompu, n'est pas admise sans conteste, et actuellement encore, elle a des adversaires. Au Congrès de chirurgie de 1909, M. Albertin, émet la théorie de l'intervention systématiquement retardée ; Jean Murard (*Lyon Chirurgical* juin 1921), parle des cas dans lesquels il faut savoir attendre.

Que répondre aux partisans de l'abstention ? Une

chose très simple : c'est qu'ils sont en contradiction, non seulement avec les statistiques première de L. Tait, qui montrait l'efficacité du traitement chirurgical rapide et à bref délai, mais encore, avec la série vraiment importante des faits qui se sont publiés depuis et qui se publient tous les jours. Tous parle dans le même sens : ils prouvent jusqu'à l'évidence, aussi bien les périls de l'abstention, que la haute valeur de la laparotomie immédiate. Et quand on consulte les statistiques si consciencieusement relevées par Binaud (Thèse de Paris 1892), par Choyau (Thèse de Paris 1896), par Cestan (Thèse de Paris 1894), lorsqu'on voit avec ce dernier, que « l'expectation fournit, environ, 86 pour cent de mortalité, et l'intervention, 85 pour cent de guérison. », il est vraiment difficile de ne pas s'incliner devant la conclusion qui en découle.

Nous admettons, très bien, qu'à côté des inondations péritonéales mortelles, il y a certainement des hémorragies qui, malgré leur incontestable abondance, sont susceptibles de s'enkyster. Nous savons très bien, que les renseignements numériques, donnés par Cestan, sur la gravité particulière de la laparotomie dans les toutes premières heures, et sur l'amélioration de son pronostic quand la date de l'opération s'éloigne davantage de la période cataclysmique, semblent confirmer les idées de ceux qui conseillent d'attendre, pour intervenir, que le shock soit dissipé. Mais quel que soit l'intérêt de ces nuances, il faut avant tout, adopter ce principe fondamental de toute bonne chirurgie, à savoir qu'en présence d'une hémorragie menaçant la vie d'un malade, il faut tout de suite et toujours lier le vaisseau qui donne.

Oublions donc ces cas habituels et très faciles d'hématocèles banales et de grossesses tubaires non rompues pour lesquelles on a attendu plusieurs heures, même plusieurs jours, et pour lesquelles on a cependant obtenu des guérisons. Il n'y a pas grand mérite à avoir des succès dans ces conditions. Nous, médecins ou chirurgiens, il

nous faut, au contraire, *songer toujours à ces cas difficiles*, exceptionnels, pour lesquels un retard de quelques heures à peine, dans la laparotomie, peut coûter la vie de nos malades. Dans ces conditions, nous ferons œuvre utile. Parce que les neuf-dixièmes des grossesses extra-utérines, opérées vingt-quatre heures après le diagnostic, ont été couronnées de succès, avons-nous le droit de sacrifier la dixième malade, qu'une intervention hardie et précoce eut arraché à la mort ? Cela jamais.

Nous diviserons notre travail en trois parties et nous voulons montrer, par des statistiques et des observations, que, dans la grossesse tubaire non rompue, la rupture tubaire et l'hématocèle constituée, c'est-à-dire, dans ces trois cas, le chirurgien doit avoir une ligne de conduite uniforme et adopter pour règle constante, l'intervention réellement immédiate et sans délai : sur le champ, s'il y a une hémorragie interne, en deux ou trois heures, s'il s'agit d'une hématocèle ou d'une grossesse non rompue.

PREMIÈRE PARTIE

De l'intervention avant la rupture tubaire

En présence d'une grossesse tubaire non rompue avant le cinquième mois, personne n'a jamais songé à compter avec la vie de l'enfant, personne ne s'est bercé de l'espérance illusoire que, la rupture n'ayant pas lieu, l'enfant pourrait aller à terme et être extrait vivant par une opération. Nous trouvons dans la thèse de Cestan (Paris 1894), que Puech a noté, sur 100 cas de grossesse ectopique, 98 ruptures, dont 97 fatales, soit donc 97 pour cent de mortalité. Il n'est donc pas téméraire de dire que la grossesse extra-utérine se termine toujours par la rupture et la rupture toujours par la mort, si on n'intervient pas. Les quelques femmes qui échappent à cette loi, guérissent, si on peut appeler cela guérir, par hematosalpenx, hématoécèle qui peut se resorber, lithopédion, etc. Donc s'abstenir en présence d'une grossesse tubaire diagnostiquée, c'est en vouloir la rupture, et s'abstenir en présence d'une rupture, c'est vouloir la mort de la malade.

Tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point. En théorie, ils admettent la nécessité de l'intervention immédiate. Mais que veut-on dire par intervention immédiate ? On a la déplorable habitude de prendre son temps pour confirmer le diagnostic, réunir la famille, préparer la ma-

lade à l'opération. Ainsi, les heures et les jours passent, et la femme est exposée à des dangers constants. Lorsque les accidents surgissent, ils peuvent être, ils sont ordinairement terribles, et la femme peut succomber à une de ces crises cataclysmiques, bien connus, presque classiques. Donc, le diagnostic de grossesse tubaire étant posé, l'hospitalisation doit être immédiate, suivie à bref délai d'une opération.

Si les cas sont relativement rares, pour lesquels on a prévu une rupture, c'est que, presque toujours, la femme se croit normalement enceinte, rien ne vient troubler sa quiétude, jusqu'au jour où, sous l'influence d'une fatigue, d'une émotion, du retour d'une période menstruelle, éclate la crise.

Nous donnons comme type de rupture, l'observation suivante. Elle est reproduite textuellement. Elle a été publiée par MM. Lande et Doche, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, le 27 mars 1911.

« Madame X... 28 ans... Nous sommes appelés à bord d'un des paquebots des Messageries Maritimes, le 2 avril, à midi : la malade a éprouvé, par deux fois, pendant sa traversée de Buenos-Ayres à Bordeaux, des troubles douloureux à localisation abdominale. Au moment où nous arrivons à la cabine, nous trouvons celle-ci, habillée, déjà prête à débarquer et déclarant qu'elle ne souffre plus. En vue d'un examen, elle se fait conduire, à treize heures, à la Maison de Santé, rue d'Arès. Nous la voyons le soir, à dix-huit heures.

» Madame X... est une femme de constitution vigoureuse, qui a eu une grossesse normale à l'âge de vingt ans. Depuis, rien d'anormal, la dernière époque menstruelle s'est manifestée, le 8 décembre 1909. Depuis ce jour-là, la santé de la malade n'a présenté aucune altération. Elle n'a pas eu, en particulier, de troubles gastriques, pouvant nous faire penser qu'elle était enceinte, elle a continué à mener une vie active et c'est seulement pendant la tra-

versée, que par deux fois et sans raison apparente, la patiente, a ressenti des accidents douloureux à l'abdomen.

» A l'examen, nous trouvons, par palpation et toucher combinés, une masse ayant à peu près le volume de deux poings, qui occupe la région inférieure de l'abdomen, plus particulièrement, l'hypogastre et la fosse iliaque droite. Les seins contiennent une petite quantité de colostrum ; les autres organes ne présentent rien de particulier. Nous portons le diagnostic de grossesse tubaire et nous avertissons la malade de la nécessité d'une intervention à bref délai. Nous lui recommandons, en attendant, le repos au lit.

» Le lendemain, à 8 heures du matin, au moment où la malade se retourne dans son lit, elle est prise, en présence de l'infirmière, d'une douleur extrêmement vive dans l'abdomen. Elle veut se lever, dit-elle, pour se rouler par terre, on l'en dissuade, on la maintient au lit. Elle déclare bientôt ne plus souffrir et se retourne sur le côté pour se livrer, dit-elle, au sommeil. A ce moment, l'infirmière l'interroge, elle ne répond pas. On lui fait, aussitôt, une injection de caféine, mais la malade succombe. La scène entière n'avait pas duré *dix minutes*.

» L'autopsie, fut faite, par le Docteur Lande. A l'ouverture de l'abdomen, on se trouve en présence d'un liquide séro-sanguin qui inonde toute la partie inférieure du ventre. Dans ce liquide flottent des caillots noirâtres. Ces caillots sont enlevés avec soin. On voit alors que la trompe droite présente une dilatation du volume d'un poing. A la partie externe de cette tumeur, se trouve une déchirure longue de six à sept centimètres à bords déchiquetés, par où sortent les membres inférieurs du fœtus. »

Des cas de ce genre, donnent à réfléchir.

— M. le Professeur Bégouin rapporte dans sa communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie du 24 janvier 1922 le fait suivant : Au début de sa carrière il porta un diagnostic de grossesse tubaire. L'intervention fut décidée.

Deux jours se passèrent. La veille de l'entrée de la malade à la maison de santé la rupture se produisit. L'opération fut faite en pleine hématoecèle.

Si, au lieu d'une hématoecèle, c'eût été une inondation, ce retard eût pu être payé de la vie.

— M. Lande, à la Société Anatomico-clinique de Bordeaux, le 31 mars 1913, a rapporté le cas d'une mort rapide par rupture de grossesse.

— M. le Professeur Rivière a cité le cas d'une dame pour qui le diagnostic de grossesse tubaire était porté. Elle va à Paris, malgré l'avis du docteur. Elle tombe dramatiquement dans la rue, heureusement en face de l'hôpital Beaujon : on l'y transporte, elle est opérée sur le champ : c'était une rupture.

— M. le Professeur Duvergey nous a parlé d'un confrère chirurgien à Belfort qui diagnostiqua une grossesse tubaire chez sa femme. Consultation d'un chirurgien de Nancy qui dit : « surveillance pendant quelques jours. » Or, chez elle, un jour qu'elle prenait son bain, crise dramatique, douleurs syncopales, et elle mourait dans les bras de son mari !!

— Autre observation inédite (due à l'obligeance du Docteur Duvergey). Madame X. . . rentre le 17 juillet 1906 salle 8, lit 5, pour douleurs abdominales. On porte le diagnostic de grossesse extra-utérine droite. Expectation, glace sur le ventre. Le 22 juillet douleur subite en coup de poignard : syndrome d'hémorragie interne à 9 h. 30 du soir. A 10 heures du soir, laparatomie par le Docteur Duvergey : c'était une inondation péritonéale en trente minutes. Guérison.

— Bernay (*Deutsch Méd. Woch* 1890, cité par Regnault dans sa thèse, Paris 1891). Femme âgée de 25 ans. Grossesse tubaire récente. La laparotomie est acceptée. Au moment de l'ouverture du sac, hémorragie abondante arrêtée par construction des doigts. Guérison.

— Habault (Thèse de Paris 1911, Obs. I).

Diagnostic de grossesse tubaire est porté à 7 heures du matin. Crise à 7 heures du soir. Laparatomie à minuit ; mort quatre jours après.

— Grace Wolcott (*Boston méd.* 1893, cité dans thèse Cestan, Paris 1894). Femme 40 ans, deux accouchements normaux. Aménorrhée de trois mois avec douleurs abdominales.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine est porté. On propose l'opération, le malade refuse. Un mois plus tard, elle meurt brusquement de syncope.

— Wallich (Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie, septembre 1895), cite le Professeur Pinard qui diagnostique une grossesse tubaire. L'intervention proposée fut refusée. Un soir, en arrivant à l'opéra, la malade ressentit une douleur abdominale, et mourut en quelques instants, présentant tous les symptômes d'une hémorragie interne.

— Walter Behase (*Brook med. J.* 1895, cité par Choyau, thèse de Paris 1896). Femme 35 ans, 7 enfants. Tumeur du volume d'un utérus de trois mois dans le ligament large. Opération refusée. Le 1^{er} novembre, crise à quatre heures, mort à huit heures. Abdomen plein de sang.

On voit donc la nécessité de l'intervention immédiate, lorsque le diagnostic est posé. Si pour une raison qui ne dépend pas de la volonté du chirurgien, la laparotomie doit être retardée de quelques heures ou d'un ou deux jours, la malade doit être surveillée de très près, être hospitalisée immédiatement, tout doit être organisé en vue d'une opération d'urgence à la moindre alerte.

Dans la thèse de Cestan, sur quarante-une laparatomies pour grossesses tubaires non rompues, nous relevons trente-neuf guérisons. Il est donc préférable de prévenir la rupture. Connaissions-nous, d'ailleurs, l'issue de ces ruptures ? Peut-on connaître la fréquence de l'enkystement ? Si nous consultons les auteurs de 1850 à 1870, on croirait que l'enkystement est un fait habituel ; d'autre part, Lawson Tait, Auguste Martin, Veit, considèrent plutôt l'épanchement non enkysté, comme se rencontrant dans la majorité des cas. Binaud (Thèse de Bordeaux 1892), a renoncé, pour ses observations, à dresser un tableau statistique. En effet, dans la plupart des observations, on se contente de dire, qu'il y avait beaucoup de caillots à l'autopsie, sans s'occuper s'il y avait enkystement ou tendance à ce processus. N'oublions pas, de plus, que de nos jours

on interne beaucoup plus tôt qu'autrefois, dans les heures qui suivent immédiatement la rupture, car le traitement médical (sérum, transfusion du sang), accompagnent et ne précède pas la laparatomie, de sorte qu'on ignore si l'hémorragie se serait arrêtée. Ce que l'on peut dire, c'est que les hématocèles volumineuses, sont plus fréquentes qu'on ne l'avait supposé il y a une quarantaine d'années, le chirurgien, aujourd'hui, familiarisé avec ces formes-là, étant beaucoup plus souvent qu'autrefois appelé à intervenir.

DEUXIEME PARTIE

De l'intervention au moment de la rupture

Pour l'hémorragie en train de se produire et bien diagnostiquée, l'intervention immédiate est à peu près admise par tous. Nul ne peut prévoir, en effet, s'il y aura enkystement de l'hémorragie ou inondation péritonéale. Malheureusement, comme beaucoup d'interventions faites vingt-quatre et quarante-huit heures après le début des accidents, ont été couronnées de succès, comme l'on cite des cas graves, désespérés, qui se sont terminés heureusement après une intervention secondaire moins périlleuse, quelques chirurgiens, en présence d'une malade pâle, froide, craignent d'ajouter au choc de la rupture, l'influence dépressive d'une opération grave, préfèrent temporiser, et il arrive, dans ces conditions, qu'on abandonne, parfois à la mort, la femme en proie à l'hémorragie foudroyante.

Il nous faut protester contre cette méthode désastreuse d'expectation. Nous déclarons avec L. Tait, que devant une hémorragie, toute hésitation est coupable. Il faut ouvrir le ventre toujours et tout de suite. L. Tait lui-même a vu quatre-vingt cas de rupture et tous se sont terminés par la mort, sauf ceux où l'on ouvrit le ventre sans délai ; une seule de ces malades parut s'en tirer et il fallut, cependant, intervenir quelque temps après.

Et nous en appellerons à cette règle chirurgicale d'ap-

plication constante : en présence d'une hémorragie il faut lier le point saignant. C'est l'idée que Pozzi traduit en disant, qu'il faut toujours, sans hésiter, aller à la recherche du sang, qu'il s'agisse d'une plaie extérieure ou d'une hémorragie intérieure.

Le moindre retard dans l'intervention peut être fatal. Voici, d'ailleurs, certaines observations : on verra que, souvent, la malade a succombé, après quelques heures.

A) — *Temps au bout duquel la mort est arrivée :*

Nous nous permettons d'emprunter à la thèse d'agrégation de Maygrier (1886) un tableau résumé de 34 cas de rupture terminés par la mort en moins de vingt heures.

1. Green (*Amer. Journ. of obst.* avril 1876) : mort subite.
2. Conrad et Langhans (*Arch. für Gynec.* 1876) : mort subite.
3. Wolfhardt (*Ærztlich. Intel. Blatt.*, octobre 1876) : mort subite.
4. Conradi (*Norsk. mag. f. Lagewid* 1876) : mort subite.
5. Léopold (*Arch. für Gyn.* 1876, B. x) : mort subite.
6. Davaine (*Soc. biologie*, janvier 1877) : mort subite.
7. A. Doran (*Obs. Transac.* 1880, vol. xxi) : mort subite.
8. Perey-Boulton (*Obs. Transac.* 1880) : mort subite.
9. Galliard (*Bull. Soc. Anat.* 1881) : mort subite.
10. Wallis (*Brit. med. Journ.* 1881) : mort subite.
11. Boifin (*Journ. de Médecine de l'Ouest*, avril 1882) : mort subite.
12. Brouardel (*Thèse de Chaye*, Paris 1882) : mort subite.
13. Skinner (*Soc. Anat.*, janv. 1884) : mort subite.
14. Emerson (*New-York Med. Journ.* février 1884) : mort subite.
15. Jacoby (*Centr. für Gynec.* 1885, n° 19) : mort subite.
16. Low (*Brit. med. Journ.* janv. 1882, Bd, xviii) : quelques heures.
17. Thatcher (*Edenb. med. Journ.* 1882, tome ii) : quelques heures.

18. Thomas (*Gynéc. Transac.* 1883, vol. VII) : quelques heures.

19. Maccabruni (*Annal. univ. de méd.* février 1883) : quelques heures.

20. Goodell (*Gyn. Transac.* 1883, vol. VII) : quelques heures.

21. Lee (*Amér. Journ. of Obst.* janvier 1886) : quelques heures.

22. Maher (*The med. Record*, 2 janvier 1886) : quelques heures.

23. Wellington (*Bost. med. Journ.* octobre 1879) : quelques heures.

24. Goodell (*New-York med. Record*, janv. 1880) : quelques heures.

25. Henderson (*Amér. Journ. of Obst.* vol. XII, 1877) : 7 heures.

26. Burton (*Obs. Transac.* 1882, vol. XXIII) : 9 heures.

27. Griffith (*Obs. Transac.* 1886, vol. XXVII) : 15 heures.

28. Habgood (*Brit. med. Journ.* 1884, tome I) : 16 heures.

29. Gilbert (*Boston Med. Journ.* décembre 1883) : 16 h.

30. Paget (*Brit. Med. Journ.* décembre 1882) : 16 heures.

31. Maere (*Ann. Soc. Med. de Gand*, mai 1886) : 16 heures.

31. Daly (*Obs. Transac.* 1886, vol. XXIV) : 16 heures.

32. Doran (*Obs. Transac.* 1886, vol. XXIV) : 16 heures.

33. Froenkel (*Sammberg Klin.* 1882) : 16 heures.

34. W. Alban (*Dubl. Journ. of Med.* décembre 1882) : 20 heures.

En enlevant les cas de mort subite, on constate que la mort n'est arrivée qu'après un laps de temps. Pourquoi donc temporiser ? Nous avons, nous-même recueilli des observations de rupture dans lesquelles la mort n'est arrivée qu'au bout de deux, quatre, dix, quinze heures.

I. — 15 minutes. — Rochet (*Société belge de gynécologie et d'obstétrique* de 1896). Femme de 39 ans primipare. Crise, syncope, morte en quinze minutes. Autopsie : trompe gauche gravidé rompue.

II. — 15 minutes. — Strecker (*Berlin Klin. Woch.*, mars 1892). Jeune femme morte en quinze minutes avec des signes

d'hémorragie interne. Autopsie : rupture de la trompe gauche qui contenait deux fœtus mâles.

III. — 30 minutes. — K. Abel (*Arch. für Gyn.* Bd. 39 Hft 3). Femme 31 ans, grosse de deux mois. Rupture. Mort en 30 minutes : l'abdomen contenait quatre litres de sang : la trompe droite dilatée était rompue.

IV. — Une heure. — Hennecart (Thèse de Paris 1897). Femme 35 ans, tombe dans les escaliers, crise, douleurs abdominales et pertes par le vagin. Mort en une heure. Autopsie : on trouve une trompe gauche rompue contenant un fœtus.

V. — Deux heures 1/4. — Durand (*Lyon Chirurgical*, mars 1921), cite le cas d'une femme qui à 9 heures du soir présente le syndrome classique de rupture. Le diagnostic étant posé, transport de la malade à l'hôpital. Elle meurt à 11 heures et quart avant l'intervention. L'autopsie montra du sang non seulement dans le Douglas mais derrière l'estomac.

VI. — Trois heures. — Harrison (*Soc. amér. de New-York* 1884, cité dans la thèse Hennecart, Paris 1897). A vu mourir une malade en trois heures par rupture d'une grossesse tubaire droite.

VII. — Trois heures. — Gray (*The Lancet* 1879, rapporté dans la thèse de Hennecart). Mort en trois heures, Autopsie trompe droite gravis rupture.

VIII. — Six heures. — Bégouin (Communication à la Société d'Obst. et de Gyn. janvier 1922), dit avoir été appelé il y a 20 ans auprès d'une jeune femme qui venait de faire une rupture. Il était dix heures du soir, pas de moyen de transport, pas d'aide. Opération remise au lendemain matin à la première heure. A quatre heures du matin la malade était morte, c'est-à-dire six heures après la rupture.

IX. — Six heures. — Hennecart (Thèse de Paris 1897). Femme reçoit un coup sur l'estomac. Opération proposée est refusée par la famille. Morte en six heures. Autopsie : rupture de la trompe gauche.

X. — *Six heures.* — Littré (*Mem. Acad. des sciences* 1702, in Goupil). Grossesse de six semaines, chute sur les genoux, crise, mort six heures après. Autopsie : trompe droite déchirée avec fœtus.

XI. — *Sept heures.* — Rennie (*Aust. Med. Gaz. Sydney* 1896, cité par Choyau, thèse Paris 1897). Douleurs atroces à 3 heures, mort à dix heures. Autopsie : rupture de la trompe droite avec inondation péritonéale.

XII. — *Huit heures.* — Ignatwski. (*Soc. d'acc. et de gyn. de Kieft*, année 1895 cité par Hennecart, thèse Paris 1896). Mort en huit heures par rupture de grossesse tubaire.

XIII. — *Huit heures.* — Durand (*Lyon Chirurgical*, févr. 1910). Soignée par le repos complet, malgré cela inondation péritonéale, mort en huit heures.

XIV. — *Huit heures.* — Hoffmann (*Brit. Med. Jour.* 1888, cité par Choyau, thèse Paris 1896). On cite quatre cas de mort. Il s'est écoulé entre 4 et 12 heures entre le début des accidents et la mort.

XV. — *Neuf heures.* — St-Moressi (in Duverney, *œuvres ann.*, cité par Goupil). Grossesse extra-utérine de trois mois. Crise, mort en neuf heures. Autopsie : rupture d'une grossesse tubo-ovarique droite.

XVI. — *Onze heures.* — Lagoutte (*Lyon Chirurgical*, fév. 1910), dit avoir vu la malade à 5 heures du matin, morte à quatre heures du soir sans qu'elle ait bougé.

XVII. — *Douze heures.* — Sinclair (*Brit. médic. Journ.* 1888, cité par Hennecart, thèse Paris 1896). Multipare en traitement pour rétro-version utérine. Crise, mort en douze heures. A l'autopsie : grossesse tubaire ouverte dans le péritoine.

XVIII. — *Douze heures.* — Banga (*Amér. Journ. of Obst.* 1891, cité dans la thèse de Choyau). Femme prise à dix heures du matin d'une douleur abdominale atroce, elle meurt à dix

heures du soir. Autopsie : le petit bassin est rempli de sang provenant d'une trompe grande rompue.

XIX. — *Douze heures.* — Littauer. (*Cent für Gynæck*, cité dans la thèse de Hennecart). Femme habituellement bien portante. Crise avec douleurs intenses, mort en douze heures. Autopsie : rupture d'une grossesse tubaire de trois semaines.

XX. — *Douze heures.* — Fauvel. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris* 1855, cité dans la thèse de Benaud). Femme prise subitement de douleurs abdominales, défaillance, lipothymies. Mort en douze heures. Pièces : grossesse tubaire rompue.

XXI. — *Douze heures.* — Alban Doran. (*Soc. Obst. de Londres* 1882). A rapporté un cas de grossesse tubaire de sept semaines. Rupture et mort en douze heures.

XXII. — *Douze heures.* — Cotte. (*Lyon Chirurgical*, mars 1921), cite une rupture à dix heures du matin. Devant l'état de shock traitement médical. Mort à dix heures du soir au moment de l'intervention.

L'auteur ajoute avoir eu l'impression très nette qu'entre le moment de l'entrée à l'hôpital et le moment où on est intervenu l'hémorragie a continué.

XXIII. — *Vingt heures.* — Pollard. (*Archives générales de médecine* 1848, cité dans thèse de Hennecart). Femme de vingt-huit ans, morte en 20 heures. Autopsie : rupture de la trompe droite.

XXIV. — *Vingt heures.* — Pauli. (*Gaz. de Hôpitaux* 1847, cité dans thèse de Hennecart). Femme de 36 ans, morte en vingt heures. A l'autopsie, déchirure transversale de la trompe droite.

Dans tous ces cas une laparotomie précoce aurait pu sauver les malades. L. Tait qui veut l'intervention systématique immédiate a été appelé vingt-et-une fois à opérer des malades d'urgence. Il a eu vingt succès. Il attribue la perte de sa première malade à ce que, effrayé par l'abondance du sang, il n'a pas agi assez énergiquement.

B) — *Temps au bout duquel une intervention a été faite en état grave.*

En opposition avec ces cas où le traitement médical est suivi de catastrophes, voici d'autres cas où les malades, pour n'avoir pas été exposées aux aléas d'une expectation, doivent leur vie à la rapidité dans l'intervention.

Comme type d'observation de ce genre il nous faut rapporter celle relatée par Monsieur le Professeur Bégouin à la Société d'osbtétrique et de gynécologie du 24 Janvier 1922

« Un de mes confrères sortant de chez une de ses clientes
» m'aperçoit dans la rue et m'appelle. On revient chez sa
» malade. Sa pâleur me frappe. La pâleur de marbre de tout
» son corps impose le diagnostic. Un retard de règles d'un mois
» et un écoulement sanguin apparu depuis une heure le con-
» firme encore. La malade n'a presque plus de pouls. Le con-
» frère amène sur le champ la malade à la maison de santé
» accompagné du mari pour faire une transfusion de sang si
» besoin est, et sautant dans une autre voiture je me précipite
» à la maison de Santé, déjà prévenue par téléphone, pour
» tout préparer. Moins d'une demi-heure après, la malade
» était laparotomisée en pleine inondation péritonéale et
» sauvée. »

C'est à cette rapidité dans l'exécution qu'elle doit sa vie.

I. — *Intervention immédiate.* — Molin (*Lyon Chirurgical*, mars 1921) rappelle un souvenir de dix ans et parle d'une femme qui présentait un syndrome d'hémorragie progressive. Il n'escompta pas une hémostase hypothétique ; la malade fut opérée sur le champ, elle guérit et il croit qu'elle doit sa vie à son intervention.

I. — *Intervention immédiate.* — Cotte. (*Lyon Chirurgical*, mars 1921), cite le cas d'une malade qui entre à l'hôpital pour une rupture qui vient de se produire. Pouls à 160. Opération immédiate le soir même. Guérison.

III. — *Intervention immédiate.* — Lammiman (*Lancet*, décembre 1893, cité dans thèse de Cestan). Femme, aménorrhée de six semaines, douleurs subites dans le bas-ventre. Chlo-

roformisation, le poulx s'arrête, mort apparente. Laparotomie immédiate, trompe droite rompue : arrêt de l'hémorragie en pinçant entre les doigts les ligaments larges gauches. Guérison.

IV. — *Deux heures.* — Herman (*Brit. med.*, janvier 1888). Deux hémorragies avec apparition des symptômes de péritonite aiguë et d'hémorragie interne due à la rupture d'une grossesse tubaire. Laparotomie dans les deux heures. L'incision donne issue à une grande quantité de sang. Guérison.

V. — *Trois heures.* — Crewdson Benington (*Med. Press.* 1894, cité par Choyau dans thèse Paris 1890). Femme qui présente à 8 h. 30 du matin des douleurs abdominales. Intervention à 11 h. 30, alors que l'on craignait de voir mourir la malade sur la table d'opération. Guérison.

VI. — *Neuf heures.* — Laurentie (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynec. de Paris*, juin 1921). Rupture à onze heures du matin. Le diagnostic est porté à treize heures. Expectation. L'état devenant de plus en plus alarmant, laparotomie à huit heures du soir. Guérison.

VII. — *Neuf heures.* — Mongie (Thèse, Bordeaux 1897, obs. III). Femme opérée neuf heures après la rupture in extremis. Guérison.

VIII. — *Dix heures.* — Mongie (Thèse, Bordeaux 1897, Obs. IV). Crise à dix heures du matin. Opérée dix heures après. Guérison.

IX. — *Quinze heures.* — Gordon (*New-York Med. Journ.* février 1888, rapporté dans thèse de Binaud). Grossesse tubaire diagnostiquée. Elle se rompt. Opération quinze heures après. Guérison.

X. — *Quinze heures.* — Cazalis (Thèse, Paris 1919-1920), rapporte le cas d'une femme qui entre à l'hôpital. Elle est opérée quinze heures après la rupture. Guérison.

XI. — *Quatre à douze heures.* — Vasten (*Ann. Gyn. et Obs.* 1896, rapporté par Choyau dans sa thèse, Paris 1897), rapporte dix-huit cas de rupture où les malades furent opérées

in extremis de quatre à douze heures après la rupture. Il y eut seize guérisons.

— Tavernier (*Lyon Chirurgical*, mars 1921) parle de soixants dix-sept cas dans lesquels il a opéré entre dix heures et trois jours, mais toujours aussitôt qu'il a vu les malades ; plusieurs étaient exsangues et avaient même un pouls à 140. Et Tavernier conclut contre la communication de Murard (*Lyon Chirurgical* 1921), en disant qu'il ne faut pas s'exposer aux aléas de l'expectative armée, mais qu'il faut intervenir dès qu'on se trouve dans des conditions matérielles d'asepsie convenable.

Nous donnons les statistiques suivantes :

— Lawson Tait a vu environ 80 cas de rupture, il a opéré 42 fois, dont 40 guérisons, soit 95,2 % de guérisons ; il a attendu 38 fois, il n'a pas eu une seule guérison.

— Martin (*Cent. für Gyn.* 1892, n° 33) sur un total de 265 cas traités par l'expectation a eu 63,1 % de mortalité, tandis que sur les 585 opérées, il a eu 76,6 % de guérison.

— Ross (*Am. Journ.* janvier 1893) donne un tableau de 36 cas, 29 furent opérées avec 26 guérisons, soit 89,5 % de succès et 10,5 % de mortalité.

— Price (*Am. Journ.* février 1894). Sur 84 laparotomies faites pour grossesse extra-utérine a eu 81 guérisons et 3 décès, soit 96,4 % de succès, et 3,6 % de mortalité. Il a rassemblé 326 cas d'intervention, avec 282 cas de guérison et 44 cas de mort, soit 86,5 % de survie et 13,5 % de mortalité.

— Gusserow (*Berlin Klin. Woch.* mai 1892) parle de 20 laparotomies avec 2 morts, soit 90 % de survie.

— Binaud (Thèse, Bordeaux 1892). Dans les cas de rupture suivie de laparotomie a eu 71,2 % de survie et 28,8 % de mortalité.

— Cestan lui-même rapporte 249 cas de rupture grave. 76 fois on n'est pas intervenu, il y a eu 66 morts, soit 85,8 % de mortalité ; et 173 fois on a pratiqué la laparotomie, soit 78,7 % de guérison.

Ces statistiques peuvent prêter à erreur si elles réunissent des cas dissemblables. Nous avons analysé les observations de Binaud et de Cestan, et en ne choisissant que les opérations *pratiquées d'urgence avec état très grave*, nous avons trouvé, sur 24 opérations 19 guérisons, soit un pourcentage de 79,1 de guérisons, et 20,9 de mortalité.

Ce chiffre de 80 pour cent est tellement concluant que nous dirons, qu'en présence d'une femme atteinte d'hémorragie interne pour grossesse tubaire rompue, il faut intervenir d'emblée : 1) parce que la rupture elle-même est un accident très grave, se terminant très souvent par la mort ; 2) parce qu'une femme épargnée par une première attaque, est exposée à succomber aux crises successives, dont le retour est si fréquent ; 3) parce que l'enkystement lorsqu'il se produit, ne met pas la malade à l'abri de tout accident ; 4) parce que par la laparotomie immédiate, les cas les plus désespérés ont fourni de très nombreuses guérisons (80 pour cent).

TROISIÈME PARTIE

De l'intervention dans les hématoécèles constituées et les inondations péritonéales

a) Hématoécèles constituées.

En ce qui concerne les hématoécèles constituées, nombreux sont les cas dans lesquels on peut voir une inondation péritonéale survenant brusquement, plusieurs semaines après l'accident primitif et emportant la malade ou nécessitant une opération d'urgence. Si on connaît bien les poussées successives qui, au début de l'hématoécèle forcent la main du chirurgien, on connaît mal l'inondation péritonéale survenant tardivement dans les hématoécèles constituées. En présence d'un épanchement sanguin dans le Douglas, il y a donc tout intérêt à opérer sans retard ou du moins, à placer la malade dans un milieu adéquat où elle puisse à tout instant être opérée.

Voici un cas observé dans le service de M. le Professeur Bégouin, l'hiver dernier. Une malade, rentrée de la veille, présente une hématoécèle rétro-utérine, remontant à deux travers de doigt au-dessus du pubis, et qui, d'après l'interrogatoire semble dater de trois semaines. Il n'existe pas de poussée hémorragique nouvelle. L'opération est remise au lendemain, dans la nuit du 5 au 6 janvier, à trois heures du matin, brusquement, la malade éprouve

une douleur suraiguë dans le bas ventre, son pouls est à 50, puis disparaît. Le Docteur résidant, Courbin, fait une heure $3/4$ après le début des accidents, une laparotomie : il tombe sur une inondation péritonéale avec petit fœtus de deux mois et demi. Tout le Douglas est plein de caillots noirs, adhérents, d'une hématocele assez ancienne. Guérison parfaite.

Monsieur Bégouin, dans sa communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, le 24 janvier 1922, parle d'un même cas arrivé dans le service de M. Demons : il s'agissait d'une femme entrée le matin à l'hôpital ; on reconnaît une hématocele constituée, sans hémorragie nouvelle. L'opération est remise au lendemain. Dans l'après-midi, crise, inondation péritonéale et mort, le chef de clinique n'étant pas présent, et le chef de clinique voisin n'ayant pas été appelé en son absence.

Nous savons que, dans les hématoceles constituées, les poussées hémorragiques sont variables, comme nombre, comme importance et comme date d'apparition par rapport aux dernières règles. Mais, d'abord, comment expliquer la production de ces hémorragies répétées ? Le suintement sanguin n'est-il pas continu, et, s'il n'apparaît que par intervalle, n'est-il pas dû à la réaction péritonéale provoquée par l'épanchement qui a fini par atteindre un certain volume ? D'ordinaire, la première hémorragie s'accompagne d'une douleur vive, elle se produit au moment de la rupture tubaire ; au bout de quelques heures, généralement, l'hémostase se produit, sous l'influence de la compression due au sang épanché en voie de coagulation ; plus tard, une nouvelle hémorragie survient, celle-ci provoquée par un mouvement violent, un effort, un coït, ou étant le résultat de la poussée congestive, survenant au moment des règles.

Cette pathogénie des hémorragies successives, si elle est hypothétique, nous paraît, cependant, répondre à l'examen des faits. Dans certaines observations qui vont sui-

vre, nous verrons que, plusieurs hémorragies successives qui ont forcé la main du chirurgien, ont apparu à l'époque des règles, que dans ces cas, la laparotomie a découvert dans l'épanchement, deux portions, l'une de sang coagulé, remontant à la première hémorragie, au moment de la rupture, l'autre de sang liquide récemment répandu.

Une notion thérapeutique doit résulter de cette pathogénie, à savoir que, lorsque pour des raisons majeures, la malade n'a pu être opérée immédiatement, elle doit être immobilisée, et surtout surveillée à l'époque présumée du retour des règles.

Si les poussées hémorragiques ne sont pas fortes, la malade peut en supporter plusieurs. Souvent on attend trop et une dernière crise emporte la patience, comme dans les observations XII, XXIII et XXIV. Dans les observations IV, XVI, XXVI, les malades ont supporté deux crises avant la laparotomie, dans les observations V, XIV, XV, XX, XXV, XXVII, XXVIII, trois crises ; rares sont les malades qui peuvent supporter quatre crises vraiment douloureuses, sauf s'il elles se succèdent à quelques jours d'intervalle (observation XXII) car, dans ces cas, elles ne sont pas occasionnées par la poussée congestive de l'époque menstruelle.

Il est intéressant de connaître la date d'apparition des poussées hémorragiques par rapport à la date des dernières règles normales. Dans les observations II et IV, la première crise violente se produit juste 28 à 30 jours après les règles. Dans l'observation V, la troisième crise a lieu, un mois après la première. Dans l'observation VI, nous constatons deux accès à 28 jours d'intervalle. Dans l'observation IX, les dernières règles apparaissent le 26 septembre ; première crise le 27 octobre, deuxième crise, le 28 novembre, troisième crise, fin décembre. Dans l'observation XI, jour pour jour, deux mois après les règles normales, et dans l'observation XV, jour pour jour, trois mois après, crises syncopales.

Nous rapportons les observations :

I. — Durand (*Lyon Chirurgical*, mars 1921) cite le cas d'une femme qui présenta deux poussées hémorragiques à 24 heures d'intervalle, le premier et le second jour après la rupture.

II. — L. Tait (*Brit. med. Journ.*, janvier 1890) rapportant le cas d'une grossesse extra-utérine, noté une forte poussée hémorragique un mois après les règles : il s'agissait d'une rupture de grossesse.

III. — Duguet (*Ann. de Gynec.*, Paris 2^e semestre 1874). Femme ; pertes abondantes pendant deux mois. Petites crises 8 décembre 1867, douleur atroce, expulsion de membranes, 13 décembre, syncope et mort.

IV. — Mac Murtry (*Ann. Journ. of Obst.*, janvier 1890). Quatre semaines après la cessation des règles, douleurs paroséystiques. Amendement. Nouvelles crises quelques jours après. Laparotomie, guérison.

V. — Mac Murtry (*Am. Journ. of Obst.*, octobre 1889). 26 juin crise paroséystique, 3 juillet petite crise, 26 juillet forte crise suivie de collapsus et facies péritonéal. Opération d'urgence, le pelvis est rempli de caillots.

VI. — Hamilton (*N. V. méd. Journ.*, février 1890, cité par Benaud, observation XXV, Thèse, Bordeaux 1892). Femme deux accès de collapsus à 28 jours d'intervalle. Laparotomie : hématoécèle et kyste fœtal.

VII. — Hamilton (*N. V. med. Journ.*, février 1890, cité par Binaud, observation XXVI). Femme, deux accès de douleurs paroxystiques à quatorze jours d'intervalle. Laparotomie, grossesse ectopique rompue et hématoécèle.

VIII. — Ducongé (Thèse de Lyon 1906-1907, observation VII). Quarante jours après les règles, poussée hémorragique. Vingt-six jours après, nouvelle poussée. On opère quatre jours plus tard. Aucun cloisonnement ne limite l'épanchement. La trompe gauche est déchirée, laissant l'impression de la possibilité de nouvelles hémorragies ; d'où l'utilité de la laparotomie précoce,

IX. — Habault (Thèse de Paris 1911, observation I). 26 septembre dernières règles, 27 octobre douleurs dans le ventre, 28 novembre même symptômes, fin décembre douleurs intenses; entre à l'hôpital. Le diagnostic de grossesse extra-utérine est porté le matin. Nouvelle crise à 7 heures du soir. Laparotomie à minuit. Inondation péritonéale. Mort.

X. — Picard (Thèse, Paris 1907-1908, observation II). Deux poussées hémorragiques en moins d'un mois, dont une après son entrée à l'hôpital. Opération : hématoécèle enkystée.

XI. — Arrago (Thèse, Paris 1899, observation V). Dernières règles le 17 mars, le 17 mai douleurs syncopales. Dans les deux jours suivants à plusieurs reprises douleurs atroces qui forcent l'intervention.

XII. — Observation, inédite, due à l'amabilité des Docteurs Charbonnel et Favreau. Nous la donnons avec quelques détails.

Femme X..., trois enfants, aurait fait à Canolle, le 15 octobre 1921, une fausse couche où l'infirmière aurait vu du placenta. Sort guérie le 25 octobre. Trois jours après crise abdominale. Le lendemain le Docteur Charbonnel constate une masse abdominale gauche avec utérus rejeté à droite, difficile à limiter, et dans le Douglas par le toucher une sorte de collier d'œdème dans le cul de sac postérieur. A cause du passé, on dit pyosalpinx, donc expectation. Revue le 20 novembre, la malade présente une masse plus nette, alors le diagnostic de grossesse extra-utérine qui se serait rompue fin octobre est envisagé et la malade entre à Bel-Air. Dans la nuit du 23 au 24, veille du jour où elle devait être opérée, douleurs syncopales qui nécessitent une opération d'urgence. Laparotomie : grossesse tubaire gauche rompue ; on trouve des caillots noirâtres et du sang liquide récent.

XIII. — Worcester (*Boston Med.* 1893), 1^{er} décembre, ense-douloureux; 26 décembre, nouvelle crise. Mort en quelques heures.

XIV. — Junior Vitrac (*Soc. de Méd. et de Chirurgie de Bordeaux*, juin 1920, observation III). 27 septembre 1919, rè-

gles normales ; 6 octobre, première crise ; 26 octobre, deuxième crise ; 7 décembre, troisième crise dramatique. Le 14 décembre, le Docteur Vitrac appelé porte le diagnostic de grossesse utérine rompue. Laparotomie, guérison.

XV. — Cestan (Thèse, Paris 1894, observation X, page 153). Le 27 novembre 1890, règles attendues ne viennent pas, mais en revanche elle est prise de douleurs intenses. Le 10 décembre, hémorragie abondante, le 15 douleurs syncopales. Le 24 janvier, époque présumée du retour des règles, nouvelle crise très forte.

XVI. — Cestan (Thèse de Paris 1894, observation II). Rosalie H. . . , 35 ans ; cinq accouchements normaux. En août 1891, règles normales ; 21 octobre, douleur syncopale ; 3 novembre, deuxième crise. Au palper, masse se continuant dans la fosse iliaque droite. Laparotomie 15 novembre ; poche volumineuse remontant près de l'ombilic.

XVII. — Cestan (Thèse de Paris 1894, observation XIII). Marie B. . . , 27 ans. En avril, suppression des règles ; 2 mai, douleurs vives à droite ; 7 mai, douleurs plus vives encore. Laparotomie.

XVIII. — Cestan (Ibidem, observation 16). Le 8 janvier, au lieu du retour des règles, douleurs abdominales. Le 22, nouvelle crise, avec expulsion de caillots et d'une caduque. Le 28 mars, un premier examen permet de sentir une tumeur rénitante. L'opération est décidée en principe. Le 2 avril, second examen ; cinq minutes après, nausées et défaillance. On diagnostique une rupture et on est prêt à intervenir si les phénomènes s'aggravent. Amélioration. On renvoie l'opération. Dans la nuit du 9 au 10, nouvelle crise. Laparotomie : on trouve du sang et des caillots noirs dans le péritoine. Mort le soir même.

Que de poussées hémorragiques et que d'atermoiements !

XIX. — Cestan (Ibidem, observation 25). 10 juin, pertes légères, 23 juin, expulsion de caduque ; 1^{er} juillet, crise syncopale. Laparotomie : grossesse tubaire rompue.

XX. — Cestan (Ibidem, observation xxx). Femme qui pré-

sente trois crises à six jours d'intervalle. Quatre jours après, la laparotomie est décidée ; en allant à la salle d'opération, la malade « sentit quelque chose de chaud » dans son ventre. On trouva des caillots et du sang libre.

XXI. — Cragin (*Amer. Journ. of Obst.* 1893, cité par Cestan). Crises de plus en plus fortes chez une femme le 19 janvier, 4 février et 18 février, laparotomie; le 20, guérison.

XXII. — Lawrence (*Boston médical* 1893, cité par Cestan). Femme aménorrhée en août et septembre. 20 septembre, première poussée; le 24, deuxième crise; le 26, troisième; le 1^{er} octobre, collapsus. Laparotomie, guérison.

XXIII. — Duguet (*Annales de Gynécologie* 1874). Femme entre à l'hôpital le 3 décembre pour pertes continuelles depuis deux mois; le 8 décembre, douleurs violentes et expulsion de caduque. Le 12 décembre, seconde crise; le 13, elle meurt subitement dans une syncope. Autopsie : il sort plus d'un litre de sang noirâtre liquide, le bassin est rempli de caillots.

XXIV. — Leroux (*Archives de Tocologie* 1877, page 496). Femme qui le 19 février, le jour de ses règles, éprouve des douleurs abdominales. Le 1^{er} mars, coliques douloureuses et elle perd, dit-elle, « un morceau de chair. » Le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine est porté. Le 3 mars, deux syncopes; le 6 mars, trois syncopes coup sur coup. Le 10 mars, autre syncope. Le 17 mars, douleurs vives. Le 20 mars (époque du retour des règles), collapsus et mort. Autopsie : le sang remonte jusqu'à l'ombilic.

XXV. — Observation prise dans le service de M. Bégouin. Jeanne L..., 30 ans, première poussée hémorragique fin août à l'époque des règles; deuxième poussée fin septembre; troisième poussée fin octobre. Inquiète, la malade entre à l'hôpital le 25 novembre 1921. Opérée le 10 décembre. Guérison.

XXVI. — Cazalis (Thèse, Paris 1919, observation XXIV). Femme qui présente deux poussées hémorragiques à dix jours d'intervalle. Opérée le lendemain de son entrée à l'hôpital, on trouve une hématocèle qui saigne.

XXVII. — André Boursier (*Semaine Gynéc.*, novembre 1902). 10 janvier 1902, règles normales; 18 janvier, crise syncopale qui se renouvelle tous les cinq jours jusqu'au 8 mars, jour de l'opération.

XXVIII. — André Boursier (*Semaine Gynéc.*, novembre 1902). 10 mai 1902, douleur soudaine; 12 mai, 13 mai, 26 mai, 27 mai, douleurs soudaines. M. Boursier appelé auprès de la malade par le médecin traitant diagnostiquant une hématoecèle à répétition. Opération. Guérison.

Que conclure ? Les hématoecèles même constituées, sont justiciables du traitement chirurgical. Il est préférable d'opérer d'urgence pour éviter des déboires.

b) Inondation péritonéale.

En face d'une inondation péritonéale, les chirurgiens ne discutent pas sur le mode de l'intervention, mais sur l'opportunité de celle-ci. En fait, les chirurgiens sont divisés en deux groupes : les abstentionnistes et les interventionnistes. Pour les premiers, cet accident est plus effrayant que dangereux. En outre, dans les rares cas suivis de mort, l'état de la malade est trop grave pour que l'intervention ait un résultat heureux. Ce qui revient à dire, ou le cas est trop grave, et l'intervention ne peut que précipiter le dénouement, ou le cas est bénin et la guérison étant la règle, l'intervention ne peut davantage se justifier.

A cela nous répondrons par des faits, d'une part, en montrant par des statistiques la mortalité considérable fournie par l'expectation, d'autre part, en faisant constater les bons résultats que donne l'intervention, même pratiquée in-extremis, alors qu'elle n'est plus considérée, par certains, que comme un pis-aller.

Voici quel serait le résultat de l'expectation, d'après les auteurs suivants : Parry lui attribue 67 pour cent de mortalité ; Martin (Cent. f. gyn. 1892, n° 39) donne un chiffre peu différent, 63,1 pour cent. Les chiffres obtenus

par Cestan, sont encore plus élevés : sur 86 cas traités par l'expectation, il a eu 73 décès, soit 85,8 pour cent ; Choyau (Thèse de Paris 1896), a réuni trente observation où la mort fut le résultat de cette thérapeutique désastreuse, à force d'être prudente.

Tout ceci démontre la gravité de l'inondation péritonéale, et la prédominance des cas mortels, sur les cas à terminaison heureuse.

Les résultats de l'intervention sont encore plus démonstratifs. Cestan donne des chiffres qui, au lieu d'être ceux d'un seul opérateur, dont les statistiques prennent, de ce chef, un caractère exceptionnel, sont obtenus par l'examen d'observations appartenant à plusieurs chirurgiens. Il a dans de telles conditions, 84,7 pour cent de guérison dans les cas opérés d'urgence. Choyau (Thèse de Paris 1896), sur un chiffre total de 132 interventions in-extremis, pour inondation péritonéale, a relevé 19 décès, ce qui fournit 86 pour cent de survie. Sur ces 19 cas, cinq fois, l'intervention fut d'abord refusée, permise ensuite, devant l'aggravation des symptômes, et pratiquée dix ou vingt minutes trop tard, elle ne donna pas les résultats qu'on est en droit d'en attendre, quand elle est pratiquée à temps.

On nous objectera, sans doute, que dans quelques cas où l'on a opéré, l'hémorragie aurait pu s'arrêter d'elle-même. Le fait est probable. Il vaut mieux avoir opéré un cas qui eut peut-être guéri seul, que de prolonger longtemps l'expectation et laisser mourir les malades. Regnault (Thèse de Paris 1890, observation 29), parle d'une grosseur tubaire rompue avec inondation péritonéale, et traitée par l'expectation. Résultat : mort. Les cas de ce genre sont nombreux. Il est, par ailleurs, des cas où l'intervention est pratiquement impossible. Durand (*Lyon Chirurgical*, mars 21), dit avoir vu deux cas d'inondation péritonéale très graves à processus rapidement mortel. Il est de ces hémorragies pour lesquelles on arrive toujours

trop tard. Maygrier, dans sa thèse d'agrégation a relevé 9 morts instantanées sur 86 cas de ruptures mortelles. Mais, souvent aussi, l'intervention précoce a sauvé des malades. Patel (*Lyon Chirurgical*, mars 1921), cite quatre malades chez lesquelles on est intervenu en quelques heures (quatre heure au maximum) pour inondation péritonéale grave ; il y eut quatre succès ; tandis que Tixier (*Lyon Chirurgical*, mars 1921), pourtant partisan de l'intervention immédiate devant l'inondation péritonéale, cite un cas où il a retardé l'opération de 12 heures, cédant aux instances de la malade. Conséquence : décès.

Il faudra donc nous en tenir aux conseils donnés par Harbert dès 1849 en Amérique, nettement formulés par Keller en 1872, et vulgarisés par L. Tait depuis 1886, c'est-à-dire qu'il faut accepter, en principe et sans restriction la très formelle indication de la laparotomie, immédiate quand on le peut, et en tout cas, aussi précoce que possible.

Si nous terminons notre travail en disant que nous sommes partisans résolus de la laparotomie précoce, il est évident que l'exactitude du diagnostic est nécessaire pour cette intervention. Or il est des cas où le diagnostic reste douteux. Alors il ne faut pas intervenir malgré tout, mais nous devons avoir une ligne de conduite inflexible : exiger l'entrée immédiate des malades dans une maison de santé ou dans un hôpital, où tout le matériel nécessaire à une opération d'urgence est toujours prêt, et où un personnel de plusieurs chirurgiens, non seulement existe, mais est averti avec les dispositions prises pour en avoir un, tout de suite sous la main, et pour permettre ainsi, le cas échéant, une opération absolument immédiate. Comme l'a dit M. le Professeur Bégouin, dans ces cas douteux, c'est une véritable organisation contre l'hémorragie possible, qui doit être instituée.

CONCLUSIONS

I. — Le diagnostic de grossesse tubaire non rompue étant posé, il faut exiger de la malade, son hospitalisation sans délai, suivie d'opération immédiate.

II. — Pour la grossesse tubaire rompue, l'hémorragie étant en train de se produire, il faut adopter pour règle constante, l'intervention *réellement immédiate*.

III. — En présence d'une hématocele constituée, on a toujours intérêt à opérer le plus tôt possible.

Vu bon à imprimer :

Le Président,

D^r P. BÉGOUIN.

Vu :

Le Doyen

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 24 Mai 1922,

Pour le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

FALLOT.

BIBLIOGRAPHIE

- AGUINET. — Thèse, Paris 1903.
- ALBERTIN. — *Lyon Chirurgical* 1911-1918-1921.
— *Congrès de Chirurgie* 1909.
- ARRAGO. — Thèse, Paris 1898-1899.
- BÉGOUIN. — *Précis de pathologie chirurgicale*, t. IV.
— *Journal de médecine de Bordeaux* 1913.
— *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Péd. de Bordeaux* 1912.
— *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*, janvier 1922.
- BINAUD. — Thèse Bordeaux 1891-1892.
- BONNAT. — *Lyon Chirurgical* 1910.
- BOUILLY. — *Bulletin de la Société de Chirurgie* 1890.
— Grossesse extra-utérine tubaire. *Sem. Gynéc.* 1900.
— *Manuel de Pathologie externe*, t. IV.
- CAMELOT. — Thèse, Paris 1894-1895.
- CASTANG. — Thèse, Paris 1910-1911.
- CAZALIS. — Thèse, Paris 1919-1920.
- CESTAN. — Thèse, Paris 1894.
- CHAPUT. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. *Revue de Chirurgie et de Gynécologie* 1913.
- CHARRIER. — *Journal de Médecine de Bordeaux* 1913.

- CHAVANNAZ. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux* 1908.
- CHOYAU. — Thèse, Paris 1895-96.
- DOCHE. — *Journal de Médecine* 1911.
- DOLERIS. — *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Péd.* Paris 1900.
- DUCONGÉ. — Thèse, Lyon 1906-1907.
- DUGUET. — *Annales de Gynécologie*, t. I, 1874.
- EDIS. — *Brit. médical*, octobre 1892.
— *Société de Gynécologie anglaise* 1889.
- GOSSWILLER. — Thèse, Lyon 1910-1911.
- HABAULT. — Thèse, Paris 1910-1911.
- HENNECART. — Thèse, Paris 1897-1898.
- JOHNSTON. — *Britt. médical*, avril 1892.
- KELLER. — Thèse de Paris 1872.
- KIRMISSON. — *Société de Gynécologie*, mai 1888.
- LACOUTURE. — *Journal de Médecine de Bordeaux* 1912.
- LAWRENCE. — *Britt. médical*, novembre 1892.
- LECÈNE. — *Compte rendu de la Société d'Obst., de Gynéc. et de Péd. de Paris*, 1910.
- LEDENTU. — *Gazette médicale de Paris* 1891.
- LEGUEU. — *La grossesse tubaire et son traitement*, Paris 1910.
- LENORMAND ET HARTMANN. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* 1915.
- LEROUX. — *Archives de tocologie*, août 1877.
- LISSAR. — Thèse, Paris 1902-1903.
- MARTIN (Aug.). — *Traité des maladies des femmes*, Paris 1889.
- MAYGRIER. — Thèse d'agrégation: accouchements. Paris 1885-1886.
- MONGIE. — Thèse, Bordeaux 1896-1897.
- PATEL. — *Progrès médical* 1912.

- PICARD. — Thèse, Paris 1907-1908.
- PINARD. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* 1892.
- POTHERAT. — *Journal de Médecine de Paris* 1913.
- POTOCKI. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* 1910.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie* 1890.
— *Traité de Gynécologie* 1905.
- ROUVILLE. — *Semaine Gynécologique de Paris* 1913.
- SEGOND. — *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Péd.*
(Marseille, octobre 1898).
- L. TAIT. — *Traité des maladies des femmes* 1891 (traduction).
- VAUTRIN. — *Revue médicale de l'Est, Nancy* 1906.
— *Semaine Gynécologique de Paris* 1911.
- WEISS. — *Revue médicale de l'Est, Nancy* 1905.
- WILLETTE. — Thèse, Paris 1906.

